

Entidades filantrópicas de saúde integrantes do SUS - uma avaliação do programa de apoio do BNDES: 1999-2007

Rodrigo Mendes Leal
Ricardo Rodrigues Morgado

<http://www.bndes.gov.br/bibliotecadigital>

ENTIDADES FILANTRÓPICAS DE SAÚDE INTEGRANTES DO SUS – UMA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE APOIO DO BNDES: 1999–2007

Rodrigo Mendes Leal
Ricardo Rodrigues Morgado*

** Respectivamente, economista e administrador do Departamento de Operações Sociais da Área de Inclusão Social do BNDES.*

SETOR DE SAÚDE

Resumo

Este estudo tem como objetivo avaliar o programa do BNDES de fortalecimento e modernização das entidades filantrópicas de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), que representam cerca de um terço dos leitos de internação do SUS. Esse programa tem como escopo o fortalecimento financeiro e a modernização das práticas de gestão e das instalações desse segmento. Para este fim, será realizada investigação para: i) dimensionar a conjuntura das entidades filantrópicas no atual cenário dos serviços de saúde; ii) descrever o histórico do programa e as avaliações anteriores; e iii) avaliar os resultados do programa com base na evolução da carteira, nos resultados de uma amostra de instituições e na participação das categorias dos usos de recursos. Por fim, apresenta-se um panorama das políticas relacionadas ao segmento e as reflexões finais.

*Quem não mede, não gerencia.
Quem não gerencia, não melhora.*
J. Juran

*Indicador bom apenas indica;
nunca substitui o conceito que lhe originou.*
Paulo de Martino Jannuzzi

Introdução

Em abril de 1999, o BNDES lançou o Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas de Saúde, tendo como objetivos o fortalecimento financeiro e a modernização das práticas de gestão e das instalações dos hospitais desse segmento. Seguindo a concepção desse programa, o BNDES promoveu uma pesquisa, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), que resultou na publicação “Hospitais filantrópicos no Brasil” [Portela e Barbosa (2002)],¹ consistindo no mapeamento do perfil organizacional, gerencial, de produção e financeiro dessas instituições.

¹ Pesquisa desenvolvida no ano de 2001 e publicada em 2002, em três volumes, em BNDES Social.

Numa segunda fase, a partir de novembro de 2001 e com prazo de vigência até 30.6.2008, esse programa foi ampliado para os hospitais estratégicos do SUS. Nessa fase, além do objetivo geral, foram definidos três objetivos específicos:

- i) Redução de custos, por meio da diminuição das despesas financeiras e com base na formação de capital de giro próprio positivo, que possibilite menores preços junto aos fornecedores.
- ii) Aumento da eficiência, por intermédio da revisão do modelo organizacional, da profissionalização gerencial e do treinamento.
- iii) Otimização das instalações existentes, por meio de: adequação tecnológica; revisão de *layout* e fluxos; recuperação de instalações e equipamentos; redução de desperdícios; disposição adequada do lixo hospitalar; e racionalização energética.

Os programas do BNDES são complementares às linhas de apoio do Banco e caracterizam-se pela transitoriedade. Dessa forma, são criados para atender demandas específicas e, normalmente, possuem dotação de recursos e têm prazo determinado. Findo o prazo, o programa deve ser avaliado de modo a se definir sua extinção ou renovação.

A fim de avaliar o programa em questão, será realizada uma investigação com base nas seguintes etapas:

- i) cenário dos serviços de saúde;
- ii) dimensionamento e conjuntura das entidades filantrópicas de saúde;
- iii) descrição e histórico do programa;
- iv) histórico das análises anteriores do programa;
- v) avaliação da evolução da carteira de projetos do programa;
- vi) avaliação dos resultados das instituições: estudo amostral;
- vii) avaliação da evolução dos usos de recursos (FINEM indireto);
- viii) panorama das políticas para as entidades filantrópicas de saúde; e
- ix) considerações finais.

² Para o Brasil, há evidências do peso crescente da saúde no orçamento das famílias e da elevada participação de seus produtos na formação das taxas dos índices de preço ao consumidor, de acordo com Braz (2006, p. 50).

Cenário dos Serviços de Saúde

O contexto atual do setor saúde é de significativa expansão, em continuidade à trajetória de participação crescente dos gastos em saúde no país,² e seguindo a tendência internacional de aumento da participação do setor no PIB.³

Essa expansão da riqueza (valor) gerada no setor saúde pode ser aprofundada considerando a evolução de seus dois componentes, a quantidade utilizada e o preço dos serviços.⁴

O aumento da quantidade utilizada pode ser associado principalmente aos seguintes fatores: i) aumento da participação dos idosos – que tendem a uma utilização mais intensa – na população; ii) popularização dos serviços, por meio da incorporação de regiões mais pobres; e iii) generalização dos procedimentos, num contexto de ampliação dos cuidados para a saúde.

O aumento do componente preço pode ser determinado, sobretudo, pelos seguintes aspectos: i) inflação dos insumos; ii) incorporação tecnológica cumulativa, ou seja, geralmente o novo

³ Para dados sobre a crescente participação dos gastos em saúde no PIB, para diversos países, ver Gadelha (2002).

⁴ Leal e Matos (2008b), seguindo a metodologia de Leal e Matos (2008a), observaram que no setor de saúde suplementar no Brasil: i) as variações de custo apresentaram trajetória crescente, em torno da evolução do PIB; ii) as variações do componente preço apresentaram maior intensidade.

insumo se acumula com os anteriores, ocasionando a elevação do custo unitário dos procedimentos; e iii) diversificação dos procedimentos médicos, num contexto de alteração dos padrões de morbidade no país (diminuição das doenças infecciosas e aumento das morbidades crônico-degenerativas).

Segundo a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), há no Brasil 2.100 hospitais filantrópicos que atendem a cerca de 40% das internações do SUS e representam cerca de 450 mil empregos, milhares de voluntários e 140 mil médicos autônomos. Segundo a mesma fonte, 56% dessas instituições são os únicos hospitais existentes em municípios no interior, ou seja, há mais de mil municípios do país nos quais a única unidade hospitalar é uma entidade filantrópica.

Dimensionamento e Conjuntura das Entidades Filantrópicas de Saúde

O estudo da ENSP [Portela et al. (2002)], por sua vez, identificou, por meio de censo com base no cadastro do DataSUS, a existência de 1.917 unidades filantrópicas de saúde, representativas de um terço dos leitos do país e concentradas nos municípios do interior (definidos como outras regiões, exceto as capitais e as regiões metropolitanas), nos quais se localizam 81% das unidades filantrópicas, representativas de 66% dos leitos.

Para a realização de um mapa mais atualizado dos serviços de saúde no país, realizou-se busca na Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS-IBGE) de 2005. Com base nessa pesquisa, foi possível elaborar o seguinte mapeamento dos serviços de saúde no país.

No que se refere às oportunidades das entidades filantrópicas de saúde, destaca-se o fato de que possuem alguns incentivos fiscais, conforme identificado em Portela et al. (2002), além da preferência nas contratações do SUS (Lei 8.080/1990).

Tabela 1

Estabelecimentos de Saúde

CATEGORIA	TOTAL	% POR ESFERA ADMINISTRATIVA		
		Público	Privado	Privado/SUS
Com Internação	7.155	2.727	4.428	3.066
Sem Internação	69.849	42.362	27.487	6.700

Fonte: AMS-IBGE (2005).

Tabela 2

Leitos para Internação

TOTAL GERAL	TOTAL SUS	% POR ESFERA ADMINISTRATIVA		
		Público	Particular	
		Total	Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
443.210	333.538	42,4%	20,4%	37,2%

Fonte: AMS-IBGE (2005).

Por outro lado, diversas dessas instituições atravessam sérias dificuldades financeiras e de realização de investimentos, conforme pode ser verificado no estudo amostral em Portela et al. (2002), em grande medida influenciadas pelos seguintes fatores: i) em maioria, são instituições pequenas e fragmentadas; ii) queda nas doações, especialmente após a implementação do SUS; iii) insuficiência da tabela SUS para a consecução de suas atividades, tendo em vista que não recebem do governo verba para custeio ou para investimentos, diferentemente das unidades públicas; e iv) dificuldades de gestão.

Descrição e Histórico do Programa

⁵ Identificou-se que o Refor-SUS foi instituído no final de 1996, por meio de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (Bird) – no valor de US\$ 577 milhões. Trata de investimentos não apenas na recuperação da rede física de saúde do país, que presta serviços ao SUS, mediante a compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde (Componente I), mas também em projetos para a melhoria da gestão do sistema de saúde nacional (Componente II) – ver <http://reforsus.saude.gov.br/>.

O Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas de Saúde (ProSUS 1) foi criado em abril de 1999, com o objetivo de recuperar financeiramente e instituir modernos padrões gerenciais a essas organizações, considerando o seu importante papel na universalização do atendimento médico à população. O programa nasceu com base no Protocolo de Atuação Conjunta 01/98, firmado entre o Ministério da Saúde (MS) e o BNDES, que estipulava, como objetivos específicos, o aprimoramento da capacidade operacional e gerencial do SUS e a melhoria da qualidade e da eficiência da rede hospitalar integrada ao SUS, mediante a recuperação física, atualização tecnológica e modernização de gestão.

As operações são conduzidas exclusivamente pelos agentes financeiros (indiretas), por meio dos produtos BNDES Automático (até R\$ 10 milhões) e FINEM Indireto (acima de R\$ 10 milhões). O orçamento do ProSUS 1 foi estabelecido em R\$ 300 milhões, valor totalmente utilizado.

O ProSUS 1 sofreu uma alteração em novembro de 2000, que permitiu que o programa financiasse a contrapartida da parcela de 20% dos recursos não-reembolsáveis do Reforço à Reorganização do SUS (ReforSUS), do MS, para a compra de equipamentos importados.⁵ Isso significou uma participação do financiamento do

BNDES em até 80% do investimento para otimização das instalações existentes no âmbito do ReforSUS.

A partir de 12.11.2001, assumiu a denominação atual de Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas de Saúde e dos Hospitais Estratégicos Integrantes do SUS (ProSUS 2). Basicamente, houve três alterações em relação ao programa anterior, quais sejam: i) incorporação dos hospitais estratégicos do SUS, que pode incluir hospitais privados não-filantrópicos; ii) definição da taxa de juros em TJLP + 1% a.a. + 3% a.a. (de remuneração máxima do agente), em vez de 50% TJLP + 1% a.a. + 2% a.a. (de remuneração máxima do agente); e iii) ausência de dotação orçamentária para o programa, que seria definida após a avaliação que estava em andamento.

Naquele momento, os beneficiários do ProSUS 2 foram classificados do seguinte modo:

- i) hospitais caracterizados como filantrópicos, que utilizem, no atendimento através do SUS, percentual igual ou superior a 60% do total de suas respectivas capacidades instaladas; e
- ii) hospitais enquadrados pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde como Estratégicos para o SUS segundo os padrões estabelecidos pela Portaria GM/MS 1006/GM, de 4 de julho de 2001

No mesmo contexto, a norma delimitou para o ProSUS 2 os seguintes itens financiáveis:

- a) reestruturação do endividamento bancário e com fornecedores;
- b) recuperação do capital de giro próprio;
- c) projetos de aumento de eficiência;
- d) otimização de instalações existentes, permitido o financiamento da contrapartida de recursos destinada à aquisição de equipamentos importados, no âmbito do Programa ReforSUS, do MS.

A partir de 7.10.2002, houve a inclusão, como itens financiáveis, dos investimentos de projetos conduzidos pelas organizações prestadoras de saúde, que visem a acreditação por ins-

tituições credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), apoiando até mesmo os gastos para a sua implantação que envolvam os itens a seguir discriminados:

- a) capacitação tecnológica, qualidade e produtividade, sistemas de gestão, inclusive gastos com acreditação, desde a preparação até a certificação;
- b) treinamento, capacitação e aperfeiçoamento de pessoal e gerencial, inclusive cursos, seminários e *workshops*;
- c) elaboração e exibição de vídeos, DVDs, CD-ROMs e tutoriais;
- d) estudos de natureza organizacional e técnica, inclusive elaboração ou redefinição de rotinas de trabalhos;
- e) elaboração, edição e publicação de manuais;
- f) desenvolvimento ou aquisição de tecnologias nacionais;
- g) informatização;
- h) conservação de energia e do meio ambiente;
- i) obras civis, inclusive reordenamento de *layout* e elaboração de projetos;
- j) Aquisição de máquinas e equipamentos médico-hospitalares ou laboratoriais nacionais, novos e credenciados no BNDES.

Histórico das Análises Anteriores do Programa

Resumem-se, a seguir, os principais aspectos das análises anteriores que foram identificadas sobre os Programas ProSUS 1 e ProSUS 2.

Em Azeredo e Duncan (2002, p. 62), foram apresentadas as estatísticas da carteira do programa, de novembro de 2002, destacando-se, entre os agentes financeiros, a Caixa Econômica Federal, “que repassou valor próximo a 90% do total dos recursos”. Além disso, consta a seguinte avaliação:

A eficácia do Programa pode ser comprovada também na restituição da condição de financiamento a algumas das mais im-

portantes entidades filantrópicas do país, que superaram constrangimentos financeiros e gerenciais a partir do financiamento recebido e, por consequência, da reestruturação ocorrida.

Após a finalização do ProSUS 1, foi elaborado pela ENSP da Fiocruz um relatório de avaliação dos resultados da ação do BNDES no setor dos hospitais filantrópicos, cujos aspectos mais relevantes são reproduzidos a seguir:⁶

⁶ Conforme a Nota AS/DEP-SE/GEOPE3 04/2004, de 19.5.2004.

Das instituições visitadas, aquelas que vêm apresentando melhores resultados são justamente as que montaram estruturas de gestão modeladas de acordo com as necessidades descritas.

Na prática, dos Hospitais visitados a maior parte deles tomou recursos para alongar o perfil de suas dívidas, pagar fornecedores e encargos trabalhistas e recompor capital de giro. Em menor grau foram buscados recursos para ampliações e construções, sendo concedidos em alguns casos.

No aspecto da *eficiência organizacional*, foi identificada pela pesquisa uma carência do programa de fortalecimento. Pequenas organizações, incapazes de efetuar e/ou compreender análises mercadológicas, de apropriar critérios de competitividade e incorporar estas ferramentas ao seu processo de tomada de decisão, são justamente as que mais necessitam do apoio deste item de financiamento. Entretanto, como desconhecem os seus benefícios e têm pressões financeiras urgentes e facilmente reconhecíveis colocam todas as suas necessidades nos itens de resolução ou reformulação de débitos e afins.

A pesquisa concluiu de maneira positiva o Programa de Fortalecimento e Modernização das Entidades Filantrópicas de Saúde Integrantes do SUS e o viu como um *sensível componente estratégico para condução das formulações em política de assistência médico-hospitalar financiada pelo Ministério da Saúde/SUS*. O financiamento deve observar as necessidades descritas e contemplar sua concretização de modo a aumentar substancialmente a oportunidade de sucesso da reestruturação financeira concedida. Se a reestruturação financeira for levada a cabo de maneira satisfatória ao tempo em que a organização se prepara e profissionaliza gerencialmente, a possibilidade de que esta venha a ser um importante aliado do SUS e da Sociedade em geral aumentará de modo significativo e o programa terá atingido suas potencialidades de maneira inequívoca. (grifo nosso)

Numa outra avaliação do programa, realizada pelo BNDES,⁷ foi utilizada uma base de dados da evolução da carteira e também dados financeiros de uma amostra de cinco hospitais. A análise dos dados financeiros seguiu a seguinte estratégia: verificar a evolução de algumas variáveis em que o programa atua, como a redução das despesas financeiras (despesa financeira líquida/vendas) e de custos (custos dos serviços prestados/vendas); e de outras

⁷ Conforme a Nota AS/DE-AIS 01/2006, de 1.12.2006.

variáveis importantes para a gestão financeira, que são a solidez financeira (índice de liquidez corrente = ativo circulante / passivo circulante) e a gestão do capital de giro (necessidade de capital de giro em relação às vendas = ativo operacional – passivo operacional). O estudo indicou que: “por um lado, há muito a melhorar em termos da gestão dos hospitais filantrópicos, por outro, mostra que está havendo avanços nessa gestão. E os recursos do programa têm contribuído para isso.” Na conclusão, foram sugeridas algumas possibilidades de aprofundamento do estudo, sendo proposta uma avaliação mais abrangente do programa.

Avaliação da Evolução da Carteira de Projetos do Programa

Esta seção tem o objetivo de avaliar a evolução das estatísticas da carteira de projetos do programa. Para este fim, serão apresentadas as seguintes quatro subseções: i) Evolução global dos contratos; ii) Situação dos contratos; iii) Instituições com reincidência de contratos; e iv) Consolidação dos resultados.

Evolução Global dos Contratos – ProSUS 1 e ProSUS 2

Conforme a Tabela 3, o total do valor financiado pelo ProSUS até 5.12.2007 é de R\$ 861,9 milhões. Ao comparar o ProSUS 2 com o ProSUS1, observa-se que houve – em termos de quantidade de projetos e de valor financiado – aumento dos projetos do BNDES Automático (AOI) e diminuição dos projetos do FINEM Indireto (AS), ao mesmo tempo em que houve aumento do valor médio para os projetos das duas áreas.

Os Gráficos 1 e 2 mostram a evolução dos valores contratados e da quantidade de contratos, por ano. Será analisado com mais detalhes o período de 2002 a 2007, que corresponde à vigência do ProSUS 2, uma vez que apresenta maior estabilidade em relação ao período anterior.

Tabela 3
Contratos do ProSUS, segundo Modalidade*

ÁREA	NÚMERO DE CONTRATOS			NÚMERO DE INSTITUIÇÕES
	SUS 1	SUS 2	Total	
AS	18	7	25	11
AOI	73	91	164	126
Total	91	98	189	133

Fonte: Base de dados de contratos do OPE, posição de 5.12.2007. Elaboração própria.

* Diferentes subcréditos de um mesmo beneficiário são considerados contratos distintos.

Tabela 4

Valores dos Contratos do ProSUS, segundo Modalidade*

(Em R\$ Milhões)

DADOS	ÁREA	SUS 1	SUS 2	TOTAL
Valor dos Projetos	AS	190,8	185,7	376,4
	AOI	131,3	354,2	485,5
	Total	322,1	539,8	861,9
Valor Médio	AS	10,6	26,5	15,1
	AOI	1,8	3,9	3,0
	Total	3,5	5,5	4,6

Fonte: Base de dados de contratos do OPE, posição de 5.12.2007. Elaboração própria.

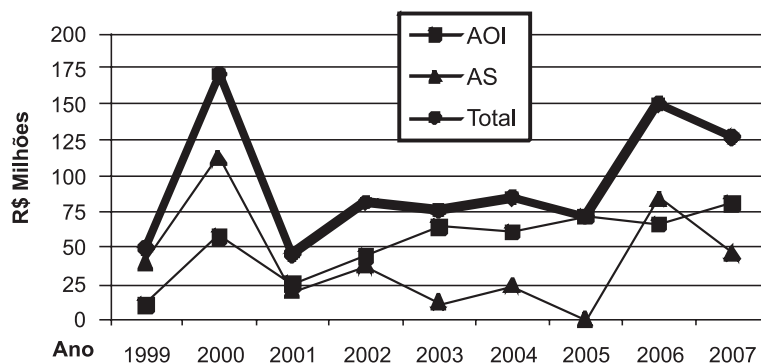
*Diferentes subcréditos de um mesmo beneficiário são considerados contratos distintos.

Os valores contratados no período do ProSUS 2 descrevem trajetória ascendente, com média de R\$ 99,1 milhões e valor, em 2007, de R\$ 127,6. Essa trajetória pode ser explicada por: i) trajetória ascendente dos valores da AOI – que apresentam maior estabilidade em relação aos da AS – com valor médio de aprovações de R\$ 65,2 milhões (de 2002 a 2007) e valor aprovado de R\$ 81,4 milhões em 2007; ii) elevação dos valores da AS nos dois últimos anos, ocasionada por dois contratos de grande valor.

Em relação às quantidades de contratos, o período do ProSUS 2 (em relação ao do ProSUS 1) também apresentou maior estabilidade, com uma média de 19 contratos por ano (de 2002 a 2007), cuja composição é de cerca de 17 contratos da AOI e de 2 contratos da AS.

Gráfico 1

Valores Contratados do ProSUS, segundo Modalidade*

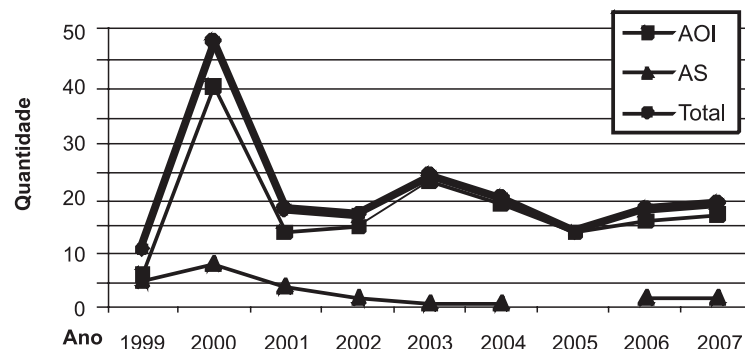


Fonte: Base de dados de contratos do OPE, posição de 5.12.2007. Elaboração própria.

*Diferentes subcréditos de um mesmo beneficiário são considerados contratos distintos.

Gráfico 2

Quantidade de Contratos do ProSUS, segundo Modalidade*



Fonte: Base de dados de contratos do OPE, posição de 5.12.2007. Elaboração própria.

*Diferentes subcréditos de um mesmo beneficiário são considerados contratos distintos.

Situação dos Contratos – ProSUS 1 e ProSUS 2

A Tabela 5 apresenta a situação das operações contratadas até 5.12.2007. Dos contratos do ProSUS 1, 65% estão em situação liquidada e 35% em ativa-utilizada. Dos contratos do ProSUS 2, 18% encontram-se em situação ativa, 47% em ativa-utilizada e 35% estão em situação liquidada. Observa-se que somente há contratos ativos no ProSUS 2, exclusivamente na modalidade da AOI (são 34 contratos com valor médio ligeiramente superior aos contratos da AOI em situação mais avançada).

Tabela 5

Contratos do ProSUS (1 e 2), segundo Modalidade e Situação*

(Em R\$ Milhões)

SITUAÇÃO	DADOS	SUS 1			SUS 2			TOTAL GERAL
		AOI	AS	Total	AOI	AS	Total	
	Nº de Contratos	-	-	-	34	-	34	34
Ativa	Valor Financiado	0,0	0,0	0,0	143,6	0,0	143,6	143,6
	Valor Médio	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	4,2	4,2
	Nº de Contratos	21	11	32	50	6	56	88
Ativa-Utilizada	Valor Financiado	62,3	126,3	188,6	199,8	165,7	365,5	554,1
	Valor Médio	3,0	11,5	5,9	4,0	27,6	6,5	6,3
	Nº de Contratos	52	7	59	7	1	8	67
Liquidada	Valor Financiado	69,0	64,5	133,5	10,7	20,0	30,7	164,2
	Valor Médio	1,3	9,2	2,3	1,5	20,0	3,8	2,5
	Nº de Contratos	73	18	91	91	7	98	189
Total	Valor Financiado	131,3	190,8	322,1	354,2	185,7	539,8	861,9
	Valor Médio	1,8	10,6	3,5	3,9	26,5	5,5	4,6

Fonte: OPE, posição de 5.12.2007. Elaboração própria.

*Diferentes subcréditos de um mesmo beneficiário são considerados contratos distintos.

Uma questão ressaltada nas avaliações anteriores é o risco de uma instituição utilizar operações da AOI (BNDES automático) – que não passam pela análise da AS – e contratar diversos financiamentos, o que poderia resultar em valor financiado superior ao limite de R\$ 10 milhões para essa modalidade. Embora essa prática não constitua infração da norma, pode se tornar um obstáculo para o alcance dos objetivos do programa, como na hipótese de uma instituição contratar um financiamento com o BNDES para reestruturação de endividamento e, apesar disso, permanecer com problemas financeiros e necessitar da contratação de novas operações com a mesma finalidade.

Nesse contexto, foram agrupadas as empresas segundo o valor total contratado no produto AOI, utilizando a mesma base de dados, conforme apresentado na Tabela 6. Constatou-se que, ao longo da vigência do ProSUS 1 e 2, nove instituições captaram financiamentos no produto BNDES Automático que resultaram em valor total superior a R\$ 10 milhões. Uma segunda constatação importante é que não há nenhuma instituição com valores superiores a R\$ 10 milhões em situação ativa.

Instituições com Reincidência de Contratos – ProSUS 1 e ProSUS 2

Tabela 6

Ilustração de Grupos de Instituições que Contrataram o ProSUS (1 e 2) na Modalidade AOI

GRUPOS DE INSTITUIÇÕES SEGUNDO VALOR TOTAL DE CONTRATOS	NÚMERO DE INSTITUIÇÕES	R\$ MILHÕES	
		Valor Médio por Instituição	Valor Máximo por Instituição
Valor Total até R\$ 10 Milhões	117	2,9	10,0
Valor Total Superior a R\$ 10 Milhões	9	16,4	25,2
Em Situação Ativa, Superior a R\$ 10 milhões	0	-	-
Em Situação Ativa + Ativa-Utilizada, Superior a R\$ 10 Milhões	7	12,2	17,5
Total	126	7,7	25,2

Fonte: OPE, posição de 5.12.2007. Elaboração própria.

Cabe registrar que a reincidência não é um problema por si só, pois somente é discutível alguma ameaça de descolamento dos objetivos do projeto se as repetições por meio de operações da AOI resultarem em valor superior a R\$ 10 milhões direcionados para redimensionamento de dívida.

A base de dados utilizada não disponibiliza esse tipo de detalhamento, sendo necessária a consulta a respeito do propósito de cada operação para verificar a finalidade dos contratos. Como exemplo, consultaram-se as operações mais recentes da instituição que realizou mais operações, tendo combinado a captação de R\$ 12 milhões em uma operação na AS (em 2003 – ProSUS 2) com R\$ 24,4 milhões por meio de quatro operações na AOI, além de duas operações de R\$ 10 milhões cada, contratadas após 2003 (em 2005 e 2007, num intervalo de cerca de 15 meses).

Observou-se que a operação na AS objetivou reduzir despesas financeiras e formar capital de giro próprio, bem como verificou-se que a operação seguinte – na AOI – também teve como finalidade a reestruturação financeira. Por outro lado, a operação mais recente, na AOI, objetivou investimentos para reforma visando modernização e ampliação da capacidade de atendimento. Além disso, observa-se uma nova operação na AS, atualmente ativa no nível enquadrada, com o propósito de modernizar as instalações do hospital, por meio da construção de um prédio e da aquisição de equipamentos. Embora não tenha

sido realizada avaliação específica dos resultados efetivos do financiamento a essa instituição, esse parece ser, na verdade, um caso em que, após financiamentos para reestruturação financeira, a instituição retornou ao BNDES com o objetivo de modernizar e ampliar a sua capacidade produtiva, com esperados impactos positivos para sua prestação de serviços de saúde.

Tendo em vista o exposto nesta seção, destacam-se as conclusões que, a seguir, apresentamos.

Consolidação dos Resultados

Considerando o crescimento relativamente estável das operações do FINEM Indireto e o significativo valor correspondente às seis operações que estão atualmente em níveis que antecedem à contratação no BNDES, bem como a conjuntura de expansão do setor saúde (haja vista o Programa Mais Saúde do MS), é de se esperar que a demanda de financiamento desse segmento aumente, no mínimo, na mesma proporção que vem crescendo no período do ProSUS 2.

Por sua vez, o fato de ocorrer reincidência de operações para uma mesma instituição aponta para a importância de que a análise das operações do ProSUS considere o histórico da instituição e que a evolução da carteira seja monitorada.

Por fim, registra-se que, para uma avaliação mais profunda dos itens financiáveis e dos resultados do programa, é fundamental a análise mais detalhada dos resultados para as instituições apoiadas, apresentada na próxima seção.

Pretende-se avaliar se o programa cumpriu seu objetivo geral de “garantir e ampliar a capacidade de atendimento do SUS, através do fortalecimento e modernização da rede de hospitais filantrópicos e estratégicos integrados a esse sistema”, bem como seus objetivos específicos:

- a) redução de custos;
- b) aumento da eficiência; e
- c) otimização das instalações existentes.

Avaliação dos Resultados das Instituições: Estudo Amostral

Para este fim, foi realizado um estudo com base em uma amostra das instituições apoiadas pelo programa, apresentado nas seguintes cinco subseções: i) Metodologia; ii) Análise quantitativa; iii) Análise qualitativa; iv) Discussão dos resultados; e v) Conclusões.

Metodologia

Com base nos objetivos descritos acima, foi selecionada – entre as instituições que obtiveram recursos do ProSUS 1 e ProSUS 2 – uma amostra não-aleatória de seis hospitais filantrópicos, localizados em diferentes localidades e que prestam atendimento ao SUS em diversas especialidades.

A análise divide-se em duas partes, a primeira é quantitativa, por meio da obtenção de indicadores de resultados, e a segunda, qualitativa, por intermédio de resultados oriundos das entrevistas e visitas realizadas nas instituições.

Para a análise quantitativa, foi solicitado às instituições que respondessem a um questionário contendo diversos indicadores anuais (desde dois anos anteriores ao contrato), e abordando diversos aspectos (financeiro, ações para aumento da eficiência, capacidade produtiva, produção, produtividade e efetividade), conforme detalhado no Anexo 1.

Cinco das instituições selecionadas na presente amostra foram as mesmas utilizadas na análise anterior dos resultados, realizada pelo BNDES (Nota AS/DEAIS 01/2006). Uma outra instituição foi incluída somente na amostra das instituições visitadas, mas não na amostra do questionário dos indicadores, já que recebeu apoio via BNDES Automático recentemente, em 2007. O grupo de estudo considerou importante a visita em decorrência da grande relevância da instituição na região. Portanto, a análise quantitativa abordou seis hospitais.

Para subsidiar a análise qualitativa, foi realizado estudo *in loco* – envolvendo entrevistas com os administradores e visitas aos hospitais – em quatro das instituições citadas, dada a restrição de tempo da equipe em razão de suas outras obrigações, com a análise e o acompanhamento de projetos.

Dessa forma, serão apresentadas nas subseções seguintes a análise quantitativa, a análise qualitativa e as conclusões gerais do estudo.

Esta subseção tem como objetivo apresentar de modo consolidado os resultados quantitativos obtidos.

Análise Quantitativa

A avaliação das entidades da amostra revela que, em conjunto com o saneamento financeiro, houve uma mudança na gestão dessas organizações filantrópicas. Em alguns casos as mudanças de gestão foram mais drásticas, enquanto em outros essas mudanças foram mais sutis.

Houve uma redução no número de leitos nos casos de três das instituições, enquanto ocorreu aumento na oferta em duas. Das três instituições com redução no número de leitos, duas apresentaram elevação no número de internações, resultado também obtido por uma terceira. Destaque-se que essas modificações na oferta de leitos foram definidas em conjunto com o gestor local do SUS.

Esse aumento no número de internações foi possível apenas com melhoras na produtividade, envolvendo, de modo geral, crescimento da taxa de ocupação e queda no tempo médio de permanência. Um dos indicadores de produtividade que se destacou foi o número de internações por funcionário de nível superior, sendo constatado um grande aumento no número de funcionários com graduação superior em proporção às internações. Esse fato, contudo, pode refletir uma tendência dos hospitais de dispor de mão-de-obra mais qualificada para atender aos pacientes, com esperado impacto de redução dos erros médicos e de outras complicações. Esse aspecto evidencia uma característica do setor de saúde, que é a utilização intensa de mão-de-obra e um crescimento cada vez maior de seus custos.

Em relação à efetividade do atendimento, entre as entidades da amostra que realizaram alterações mais fortes na gestão, duas apresentaram melhoria, enquanto outras duas tiveram evolução no sentido contrário. Não houve, sobre essa questão, uma conclusão a respeito dos impactos do programa ou da mudança de gestão. Dessa forma, e considerando a complexidade e os diversos efeitos externos que influenciam essa variável, há necessidade de maiores estudos sobre esse tema.

Todas essas mudanças refletiram na composição das receitas dessas entidades, em geral resultando em grande aumento da participação dos convênios com terceiros. Por outro lado, cabe registrar o caso específico de alguns hospitais de alta complexidade – pelo menos dois casos – que aumentam a parcela recebida pelo SUS com a negociação de atuação em procedimentos de alta complexidade que são potencialmente superavitários (ou no mínimo

Tabela 7

Variação Média Anual dos Indicadores

(Em %)

CATEGORIA	HOSPITAL	A	B	C	D	E	F
	Intervalo do Período dos Dados	2001-2007	1999-2003	2000-2007	2004-2007	2004-2007	1999-2007
Produção	Leitos de Internação	-1,6	3,8	-1,8	-3,4	NI	0,8
	Quant. Funcionários (N. Superior)	3,7	NI	NI	NI	NI	29,5
	Quant. Funcionários (N. Médio)	4,3	NI	NI	NI	NI	18,8
	Quant. Funcionários (N. Fundamental)	-4,9	NI	NI	NI	NI	-36,5
	Nº de Equipamentos	0,0	NI	12,2	NI	NI	0,0
	Internações	-1,3	-0,7	2,7	2,3	0,0	0,2
Produtividade	Taxa de Ocupação de Leitos	-0,4	-0,5	0,8	6,4	-2,7	3,2
	Internações/Funcion. N. Superior	-4,0	NI	NI	-11,6	NI	-8,7
	Tempo Médio de Permanência (MP)	0,9	-2,5	-7,6	-3,3	-3,0	3,3
	Índice Intervalo de Substituição (IIS)	4,2	-2,2	-0,5	-20,1	17,8	NI
	Índice de Rotatividade (IR)	-1,2	2,9	NI	5,0	0,4	1,5
Efetividade	Taxa de Mortalidade/100 Internações	2,0	-3,5	0,4	-6,8	27,8	5,6
	Taxa de Infecção/Proced. Médico	0,0	NI	-11,3	0,2	12,0	27,1
	Taxa de Óbitos Maternos	0,0	NI	-13,7	0,0	NI	2,1
Financeiro	ROE	13,2	35,6	-6,2	49,1	33,5	13,1
	ROA	12,9	-6,4	-4,6	57,9	33,6	13,0
	GAF	0,0	56,2	-4,5	0,0	0,0	5,0
	DFL/Vendas	0,0	-7,1	-9,3	-27,8	3,9	-25,0
	CSP	0,3	-2,1	0,4	-2,6	-2,6	0,5
	LC	0,5	-3,7	8,1	21,4	1,9	-3,0
	NCG (R\$ Mil)	41,6	15,3	0,0	0,0	0,0	1,6
Composição da Receita	SUS	-5,3	9,8	0,4	30,5	-3,2	-6,3
	Convênio Próprio	0,0	0,0	0,0	-16,5	-18,9	0,0
	Convênio Terceiros	4,5	-4,0	4,8	(+)	20,6	0,5
	Doações	0,0	0,0	-6,2	19,2	40,7	0,0
	Particular	5,7	-5,3	-6,5	3,3	-24,0	-4,4
	Outros	0,0	-2,4	-7,4	55,2%	105,8	19,4

Fonte: *Elaboração própria.*

Notas: NI = não informado); (+) = crescimento relevante em relação à participação inicial, que era zero.

não causam prejuízo), procurando sempre focar nas competências essenciais da instituição para aproveitar economias de escala.

As doações, que historicamente têm apresentado redução de participação na receita dos hospitais, seguem essa tendência na amostra, contudo ainda se constituem em fonte considerável de receitas, tendo apresentado aumento em dois hospitais. Essa

Tabela 8

Quantidade de Instituições segundo Resultado do Indicador: Crescimento (+) ou Diminuição (-)

CATEGORIA	INDICADOR	# DE INSTITUIÇÕES COM VARIAÇÃO:	
		+	-
Produção	Leitos de Internação	2	3
	Quantidade de funcionários nível superior	2	0
	nível médio	2	0
	nível fundamental	0	2
	Nº de Equipamentos	0	0
	Internações	3	2
Produtividade	Taxa de ocupação de leitos	3	3
	Internações hosp./Func. de nível superior	0	3
	Tempo médio de permanência (mp)	2	4
	Índice Intervalo de Substituição (IIS)	2	3
	Índice de Renovação ou Giro de Rotatividade (IR/GR)	4	1
Efetividade	Taxa de mortalidade por 100 internações	3	3
	Taxa de infecção hosp. por procedimentos médicos	3	1
	Taxa de óbitos maternos %	1	3
Financeiro	ROE	5	1
	ROA	4	2
	GAF	2	2
	DFI/vendas	1	5
	CSP	3	3
	LC	4	2
	NCG (R\$ Mil)	3	0
Composição da Receita	SUS	3	3
	Convênio próprio	0	2
	Convênio terceiros	5	1
	Doações	2	1
	Particular	2	4
	Outros	3	2

Fonte: *Elaboração própria.*

relevância pode ter relação com a valorização de aspectos como a transparência e a especificidade dos objetivos.

Em relação aos indicadores financeiros, observou-se melhoria nas instituições, com exceção de uma. De modo geral, constatou-se uma predominância para o aumento do retorno do patrimônio líquido (ROE) e retorno dos ativos (ROA). Tais resultados foram produzidos num contexto de destacada redução (ou relativa estabilidade) das despesas financeiras sobre vendas, bem como de redução (ou relativa estabilidade) do custo do serviço prestado.

Essa melhoria dos indicadores financeiros possivelmente tem relação com resultados anteriormente abordados, como o aumento de produtividade – especialmente o aumento da ocupação e redução da permanência –, o desenvolvimento das ferramentas de gestão e a diminuição da dependência do SUS na composição das receitas.

Análise Qualitativa

Em conjunto com a análise quantitativa, foi realizada uma análise qualitativa dos hospitais filantrópicos da amostra, considerando as respostas ao questionário e as visitas realizadas, para avaliar aspectos relacionados à gestão e operações das instituições.

Essa avaliação abordou as seguintes dimensões:

i) Estrutura da Gestão e Instrumento de Planejamento

A gestão dos hospitais da amostra é toda de profissionais com dedicação integral à entidade e os executivos possuem curso superior completo. Essas instituições apresentaram organograma completo, com definição das funções e dos departamentos.

Os hospitais apresentaram um planejamento estratégico formal, avaliando as ameaças e oportunidades externas do ambiente, e os pontos fortes e fracos de cada organização para reagir a essas demandas. Indicaram que procuram interagir com o gestor do SUS para garantir um atendimento eficiente às necessidades das populações e equilibrar financeiramente sua estrutura de custos.

As filantrópicas apresentaram orçamento anual, inclusive com exposições ao conselho de administração para avaliar os desvios e suas causas.

As instituições utilizam ferramentas de gestão mais recentes, como Balanced Score Card, técnicas de liderança, gestão do conhecimento, qualidade total, planejamento estratégico, indicadores de desempenho e resultado.

ii) Estrutura da Gestão Financeira

A administração financeira das entidades demonstrou uma evolução bastante relevante nos últimos anos, sendo encarada atualmente como uma área estratégica para a sobrevivência e evolução dos hospitais filantrópicos.

Se antes em algumas dessas instituições não existia sequer um orçamento confiável, hoje essa é uma ferramenta básica, sendo alimentada em tempo real a fim de que os gestores possuam informações confiáveis e consistentes para embasar as tomadas de decisão.

As entidades procuram equilibrar seu endividamento por meio de projeções em relação aos investimentos a serem feitos e seu retorno esperado, e sempre considerando as necessidades da população de entorno, com maior destaque na preocupação desse último aspecto para as entidades visitadas.

As doações para essas entidades diminuíram muito em relação ao passado; contudo, percebe-se uma mudança que é a captação de recursos doados para projetos específicos, com objetivos claros e transparentes para a sociedade, demonstrando onde os recursos serão aplicados.

iii) Estrutura da Gestão de Recursos Humanos

Os recursos humanos recebem um destaque cada vez maior nos hospitais filantrópicos, pois se constata que somente com mão-de-obra qualificada é possível oferecer um serviço de qualidade a um custo razoável, especialmente em relação aos médicos, os responsáveis pela recomendação de exames e medicamentos, que representam uma grande porção dos custos totais dos hospitais.

As entidades realizam programas de capacitação constantes, com metas anuais de horas/aula por funcionário, bem como procedem a avaliações de desempenho periódicas e pesquisas de satisfação.

iv) Estrutura de Tecnologia de Informações e da Cadeia de Suprimentos

A tecnologia de informação merece destaque na gestão dos hospitais, sendo identificada, entre as instituições, a necessidade de informação em tempo real para a tomada de decisão e para o gerenciamento das operações nos hospitais. Os sistemas de informação integram toda a estrutura de gestão clínica, hospitalar e administrativo-financeira das instituições, com informações para os gestores e para o corpo clínico que cuida dos pacientes.

A gestão de suprimentos dos hospitais é apontada por todos como essencial, pois representa uma grande oportunidade de economia de recursos. Contudo, essa dimensão apresenta uma grande variância entre a gestão dos hospitais, alguns bastante evoluídos, utilizando as mais modernas ferramentas de gestão de estoque, como curva ABC, sistema SAP, Just in Time, comissão de padronização de medicamentos, dosagem unitária – instrumentos que são referência na gestão hospitalar. Outros hospitais não dispõem de tais ferramentas, o que possivelmente explica a grande diferença no tamanho dos estoques e de elevados recursos aplicados nessa área. Essa dimensão significa uma grande oportunidade de economia de recursos para os hospitais.

Apenas para ilustrar a relevância da gestão de estoques, foram encontrados casos de entidades com níveis de giro de estoque de 50 dias e entidades com giro de apenas 11 dias – variações muito elevadas, possivelmente causadas por disparidades em métodos de gestão e informatização das instituições. Esse ponto representa uma grande oportunidade para que o BNDES, nas operações, passe a estimular as instituições a reduzirem seus prazos de estocagem. Dessa redução, pode advir um vultoso volume de recursos passíveis de serem aplicados em ativos que resultarão em maior valor ao paciente.

v) Estrutura de Controle e Avaliação da Qualidade da Assistência

As mudanças de gestão nos hospitais filantrópicos têm focado principalmente na qualidade total da assistência com os objetivos de atender de forma mais eficiente aos pacientes e fidelizar o cliente. Esse conceito de fidelização é cada vez mais importante no setor, em razão das crescentes pressões de custo e concorrência.

Atualmente, os hospitais filantrópicos utilizam diversas ferramentas fundamentais para uma gestão moderna, como conceitos de Qualidade Total, Just in Time, sistemas informatizados, leitores de código de barras, prescrição eletrônica de medicamen-

tos, prática de equipes multidisciplinares para discutir a situação dos pacientes, ouvidoria, pesquisas de satisfação, padronização de procedimentos. Entre todas essas técnicas implementadas, a padronização de procedimentos é uma das mais controversas, pois envolve a discussão sobre a humanização do trato com os pacientes. Sua importância, no entanto, é destacada pelos profissionais do setor como uma facilitadora para a gestão da qualidade das instituições, por facilitar a identificação de erros médicos e atuar como importante redutor de custos.

Na amostra selecionada, os recursos do ProSUS foram destinados principalmente para o pagamento de dívidas com fornecedores e instituições financeiras, possibilitando uma redução das despesas financeiras e potencializando a capacidade de negociação com fornecedores. Em geral, os resultados financeiros apresentaram melhoria, com destaque para os indicadores da despesa financeira em relação às vendas e do custo dos serviços prestados, num contexto de crescente preocupação das organizações com a maior e melhor utilização de seus ativos fixos e com a redução de despesas financeiras e operacionais.

Em geral, por causa dessa racionalização dos recursos, foi constatado que os hospitais não ampliaram a quantidade ofertada de leitos, embora tenha predominado o crescimento no número de internações. Esse aumento no atendimento é refletido nos indicadores de produtividade de alguns dos hospitais, que revelam aumento na taxa de ocupação de leitos, importante redução no tempo de permanência, queda no intervalo de substituição de leitos e um conseqüente aumento da rotatividade. Essa maior produtividade possivelmente é uma das bases para a redução dos custos e o crescimento do retorno do ativo.

Observou-se consenso entre as administrações desses beneficiários sobre a relevância do apoio do BNDES para a reestruturação das dívidas de curto prazo e a criação de bases sólidas para a implementação de mudanças na gestão, ou seja, sem os recursos não seria possível realizar qualquer alteração consistente na gestão das entidades. Assim, ao possibilitar o saneamento financeiro e administrativo, esses recursos foram fundamentais para viabilizar a promoção de melhorias na prestação de serviços, como a informatização, a contratação de consultorias e a capacitação de pessoal.

Essas melhorias de gestão e na prestação de serviços foram operacionalizadas em razão, principalmente, de um contexto de aprofundamento do processo de negociação e contratualização de procedimentos com o gestor local do SUS, mas também de uma

Discussão dos Resultados

significativa influência das demandas de mercado, essencialmente dos planos de saúde. Constatou-se um maior interesse das entidades filantrópicas em atender ao segmento privado – que possibilita uma margem maior – e em alcançar os padrões de qualidade exigidos por essa clientela. Assim, houve uma alteração na composição das receitas desses hospitais, com redução da participação do SUS e aumento na participação dos planos de saúde próprios ou dos convênios com planos de saúde privados.

É importante destacar o alto grau de qualidade exigido pela demanda privada, que praticamente obriga os hospitais filantrópicos a se manterem atualizados tecnologicamente, a utilizarem mão-de-obra altamente qualificada, além de oferecerem ambiente de serviços de alto padrão. O ponto positivo desse aspecto é que os recursos humanos, as instalações e os equipamentos usados para atender a esses planos de saúde geralmente são os mesmos que atendem aos pacientes do SUS, especialmente nas unidades de diagnóstico, de terapia e de UTI. Uma prática comum nesses procedimentos é a diferenciação em relação à hotelaria e à separação de porta de entrada ou horário de atendimento, com base no argumento de que o cliente privado demanda essa diferenciação.

Conclusões

A tendência no segmento de hospitais filantrópicos é preservar a estrutura de atendimento exigido pelo MS para garantir não só o certificado de filantropia, mas também uma maior fonte de receita com os convênios médicos, que apresentam margem superior ao SUS, ocorrendo dessa forma um subsídio cruzado interno para equilibrar as receitas dos hospitais.

As evidências expostas indicam a importância do ProSUS como um instrumento fundamental para o aprimoramento da capacidade operacional e gerencial da rede hospitalar integrada ao SUS, bem como para a melhoria de sua qualidade e eficiência, mediante recuperação física, atualização tecnológica e modernização da gestão.

Os recursos obtidos com o programa viabilizaram uma efetiva redução no custo de capital dos hospitais beneficiados e serviram de base para as mudanças necessárias na gestão destas instituições. A modernização da gestão é fundamental para a sustentabilidade do saneamento financeiro, pois, sem uma adequada administração, as instituições podem não conseguir superar a situação de insolvência.

Ademais, esse desenvolvimento da gestão é condição preponderante para que os hospitais filantrópicos melhorem suas

situações financeiras, operacionais e resolutivas, com o consequente aumento na capacidade e qualidade de atendimento ao SUS. Assim, consiste em relevante desafio para o progresso desse segmento o financiamento da modernização de gestão, envolvendo aspectos como a padronização de procedimentos e o desenvolvimento de sistemas de informação.

O objetivo específico desta seção é determinar a evolução da utilização dos recursos do ProSUS.

Para esse fim, foram organizados os dados das categorias de usos de todas as operações da modalidade FINEM Indireto, com base nas informações da Consulta OPE ou na documentação da operação. Para a análise da evolução, as operações foram segmentadas nos seguintes períodos: i) contratadas do ProSUS 1; ii) contratadas do ProSUS 2 (até 2007); iii) em análise no ProSUS 2. A fim de viabilizar a análise, os itens de uso foram classificados nas seguintes categorias: i) saneamento financeiro; ii) obras / instalações; iii) equipamentos; iv) capital de giro; v) móveis e utensílios; e vi) consultoria de gestão.

Na modalidade FINEM Indireto, o ProSUS 1 obteve adesão de sete instituições, o ProSUS 2 teve sete filantrópicas como beneficiárias e atualmente existem quatro instituições filantrópicas em análise. Das seis instituições da amostra do estudo da seção anterior, cinco possuem operações no FINEM Indireto. Uma única entidade participou do ProSUS 1 e ProSUS 2, objetivando, em ambos os casos, um saneamento financeiro no valor total de R\$ 51 milhões; foram destinados também R\$ 1.400 mil para contratação de consultoria.

Tabela 9

Evolução das Categorias de Uso do ProSUS – FINEM Indireto

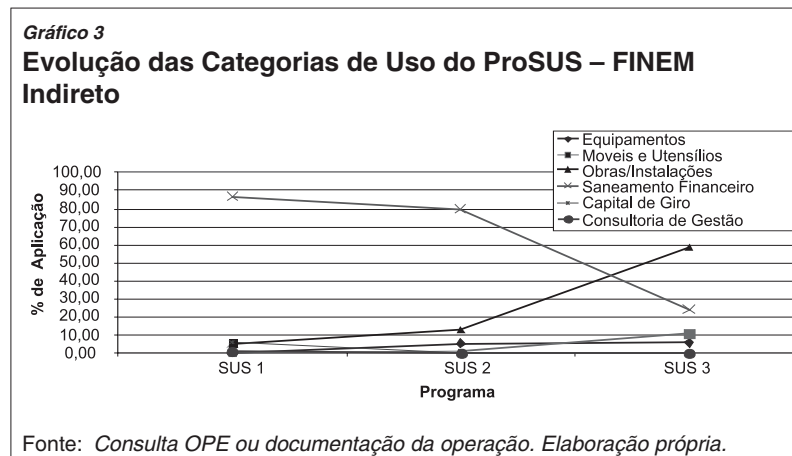
(Em %)

SOMA DE VALOR PREVISTO	PERÍODO			TOTAL GERAL
	SUS 1	SUS 2	Em Análise	
Classificação do Uso				
Saneamento				
Financeiro	86,89	79,65	24,27	72,86
Obras/Instalações	5,32	13,08	58,53	17,95
Equipamentos	0,66	5,46	5,91	3,65
Capital de Giro	6,39	0,50	0,00	2,73
Móveis e Utensílios	0,00	1,30	11,28	2,53
Consultoria de				
Gestão	0,74	0,00	0,00	0,29
Total Geral	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Consulta OPE ou documentação da operação. Elaboração própria.

Avaliação da Evolução dos Usos de Recursos (FINEM Indireto)

A avaliação das operações demonstrou uma tendência de queda da demanda de apoio para saneamento financeiro por parte das instituições. No ProSUS 1, o percentual de saneamento do total utilizado foi 87%, enquanto nas operações em análise esse percentual está em 24%. É importante ressaltar que nas visitas aos hospitais da amostra, do primeiro estudo, foi constatada uma melhora na situação financeira das instituições. Os gestores também demonstraram satisfação com a situação atual e almejam obter recursos para investimento e ampliação da capacidade. Essa expectativa pode ser confirmada com os números atuais, que apresentam uma demanda de R\$ 84 milhões em recursos, dos quais 76% serão investidos em obras, equipamentos e mobiliário para os hospitais.



Uma segunda etapa da presente investigação consiste na análise da situação atual de algumas das instituições (com operações em análise ou visitadas no primeiro estudo), conforme ilustrado na Tabela 10.

Constata-se na Tabela 10 que as instituições apresentaram melhora significativa em sua situação financeira. Três instituições que anteriormente buscavam recursos para saneamento financeiro agora procuram recursos para investimento produtivo, da ordem total de cerca de R\$ 60 milhões. As outras três instituições, por sua vez, obtiveram uma melhora em sua situação financeira e administrativa.

A evolução dos usos dos recursos do ProSUS na modalidade FINEM Indireto indica diminuição da participação da categoria saneamento financeiro e aumento dos investimentos na infra-estrutura física, o que parece refletir casos de sucesso das instituições que realizaram operações de maior porte e retornaram ao banco para a realização de investimentos produtivos. Em relação às ope-

Tabela 10

Situação de Amostra de Entidades Apoiadas pelo ProSUS

INSTITUIÇÃO	CONTRATADA			EM ANÁLISE		
	Ano	Usos (R\$ Milhões)	Inv. Produtivo (%)	Ano	Usos (R\$ Milhões)	Inv. Produtivo (%)
G	2004	29,7	93,3	2008	23,9	100,0
H	2003	22,6	60,0	2008	30	100,0
A	2003	20,5	25,4	2008	9,6	100,0
B	2001	7,1	16,9	2008	Situação financeira e operacional boa; tem intenção de ampliar capacidade.	
F	2000	13,2	12,9	2008	Situação financeira e operacional estável, com evolução positiva de indicadores.	
C	1999	32	6,3	2008	Situação financeira e operacional estável, com evolução positiva de indicadores.	

Fonte: Consulta OPE ou documentação da operação. Elaboração própria.

rações do BNDES Automático, não foi possível realizar a mesma análise com os dados disponíveis no sistema, sendo recomendado para o futuro o acompanhamento da evolução da carteira, a fim de monitorar a evolução das categorias de uso e a repetição de contratações por uma mesma instituição. De todo modo, ressalta-se que são operações intermediadas por agentes financeiros, que normalmente possuem informações aprofundadas dos clientes.

O objetivo desta seção é apresentar um panorama das políticas de governo relacionadas às entidades filantrópicas de saúde. Este conteúdo é apresentado por meio das seguintes três subseções: i) Normas e diretrizes do Ministério da Saúde; ii) Políticas específicas para as entidades filantrópicas de saúde; e iii) Análise.

A Lei 8.080 (de 19.9.1990) determina que, quando houver necessidade de contratação (ou convênio) de serviços da iniciativa privada pelo SUS, há preferência para as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (ver art. 24 e 25). Em complemento ao assunto, foi informada a Portaria MS 3.276/GM (de 28.12.2007), estabelecendo que as instituições que optarem por desenvolver projetos de apoio ao SUS deverão atender etapas de habilitação e

Panorama das Políticas Relacionadas às Entidades Filantrópicas de Saúde

Normas e Diretrizes do Ministério da Saúde (MS)

de apresentação de projetos. Ademais, identificou-se que o Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) informa se a instituição presta ou não serviços ao SUS, com atualização imediata.

A atual norma do ProSUS estabelece como itens financiáveis a contrapartida de recursos destinada à aquisição de equipamentos importados, no âmbito do programa ReforSUS, do MS. Esse programa, que tinha foco em investimentos em obras e equipamentos, foi encerrado em 2004. Atualmente, o MS está buscando viabilizar o apoio à melhoria da qualidade da atenção à saúde e da gestão da saúde, com foco em ações de aperfeiçoamento de processos, gestão e treinamentos.

A diretriz principal das ações do MS é o Programa Mais Saúde (PAC Saúde). Esse programa, em resumo, prevê ações e investimentos em quatro categorias:

- i) Promoção (ações para a família) e atenção (ampliação do acesso ao SUS com qualidade) à saúde;
- ii) Complexo industrial da saúde (desenvolvimento da indústria e do potencial de inovação nacional);
- iii) Controle social da gestão e dos trabalhadores (qualificação dos profissionais e da gestão, e aperfeiçoamento dos instrumentos para o controle social); e
- iv) Cooperação internacional.

No contexto das políticas para o complexo produtivo da saúde, o MS e o BNDES estabeleceram um Termo de Cooperação e Assistência Técnica (em 5.12.2007, conforme publicação do Diário Oficial da União n. 235, seção 3), com o objetivo de implantar ações, programas e estudos para o desenvolvimento do complexo industrial da saúde no território brasileiro, para subsidiar as operações do BNDES, com destaque para o Profarma. Nesse âmbito, destacam-se algumas ações:

- a) O aprimoramento, pelo BNDES, dos instrumentos de financiamento para o complexo industrial da saúde e para a inovação, no contexto da Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP).
- b) No contexto da aquisição de produtos e equipamentos pelos prestadores de serviços de saúde, cabe destacar que o MS estabeleceu (por meio da Portaria MS

978/GM, de 16.5.2008) uma lista de produtos estratégicos, no âmbito do SUS, com a finalidade de colaborar com o desenvolvimento do complexo industrial da saúde. Essa lista contém as seguintes categorias: i) farmoquímicos; ii) vacinas e soros; iii) hemoderivado, iv) diagnósticos, e v) equipamentos e materiais de uso em saúde.

Para o fortalecimento das entidades filantrópicas de saúde, foram identificados os seguintes programas.

Em primeiro lugar, o Programa Mais Gestão, organizado pela CMB, por meio de apoio social de empresas. A meta é atingir os 630 hospitais contratualizados com o SUS; todavia, na primeira fase foi contemplada menos da metade dessas entidades.

Em segundo lugar, o PAC Saúde, cujas metas contemplam investimentos para a infra-estrutura e a gestão dos hospitais filantrópicos, conforme descrito no Quadro 1. Entretanto, os recursos previstos para a recuperação física e atualização tecnológica, da ordem R\$ 521 milhões, não foram garantidos no Plano Plurianual (PPA) e ainda não possuem a fonte de financiamento.

Políticas Específicas para as Entidades Filantrópicas de Saúde

Quadro 1

Destaques nas Metas do PAC Saúde

DETALHAMENTO DAS METAS	META FÍSICA ATÉ 2011	META FINANCEIRA 2008-2011 (R\$ MILHÕES)		
		Total	Previsto PPA	Valor p/ Unidade
Medida 2.18 - Concluir as obras inacabadas e construir, ampliar, reformar e equipar unidades de saúde, ..., reduzindo as desigualdades locais e regionais.				
2.18.1 - Investir em 60 unidades de saúde por ano, ...	244 unidades	2.636	2.312	10,8
2.18.2 - Fortalecer a rede hospitalar filantrópica através da recuperação física e atualização tecnológica em média complexidade...	260 hospitais	521	0	2,0
2.18.3 - Fortalecer a rede de hospitais de ensino , reformando e equipando...	140 hospitais	205	182	1,5
Medidas 5.4 - Modernizar a gestão dos hospitais filantrópicos por meio de contratos de gestão.				
5.4.1 - Estabelecer contratos de gestão com 54% dos hospitais filantrópicos da rede SUS , passando de 600 hospitais contratualizados para 966, em 2011, o que implica no pagamento de incentivo proporcional à produção equivalente a uma média anual de R\$ 267 mil por hospital	966 hospitais	806	640	0,8
Total	165 metas	89.485	65.144	-

Fonte: *Elaboração própria, com base no Programa Mais Saúde do Ministério da Saúde.*

Em terceiro lugar, destaca-se o programa de apoio do BNDES ao setor, objeto da presente avaliação.

Análise

Considerando que o BNDES ampliou o campo de atuação de seus instrumentos de financiamento para o complexo industrial de saúde e para a inovação, destaca-se a oportunidade de o Banco fortalecer também as políticas de financiamento dos prestadores de serviços em saúde, em consonância com os objetivos da política do programa do MS, de ampliação do acesso com qualidade ao SUS com qualidade, que pode envolver itens como: obras; equipamentos e qualificação dos profissionais e da gestão.

No que se refere à aquisição de materiais e equipamentos para os prestadores de serviços, cabe ressaltar que, no caso de estabelecimento de prioridades, seria oportuna a utilização da supracitada lista de insumos prioritários estabelecida pelo MS. Além dos investimentos em infra-estrutura, agregam-se como relevantes o financiamento às ações de gestão e de qualificação profissional dos prestadores.

Por outro lado, no contexto atual de finalização do ReforSUS e do desenvolvimento da capacidade de produção e de inovação da indústria nacional, o financiamento à importação de equipamentos não deve ser estimulado; no entanto, reconhece-se a necessidade de apoio caso seja comprovada a não-existência de similar nacional nas mesmas condições de qualidade e custo.

Considerações Finais

O setor de serviços de saúde tem um importante potencial de geração de renda e de empregos qualificados, especialmente no cenário atual de relevante expansão da demanda no Brasil. No país, as entidades filantrópicas possuem grande importância para o SUS, totalizando cerca de 2 mil unidades, que representam mais de um terço dos leitos de internação do país, além do fato de que há mais de mil municípios em que a única unidade hospitalar é filantrópica.

As entidades filantrópicas de saúde, de um lado, possuem incentivos fiscais e preferência nas contratações do SUS. Todavia, de outro lado, essas instituições atravessam sérias dificuldades financeiras e de realização de investimentos, influenciadas, em grande medida, pelos seguintes fatores: i) na maioria, são instituições pequenas e fragmentadas; ii) queda nas doações; iii) insuficiência da tabela do SUS para a consecução de suas atividades, tendo em vista que não recebem do governo verba para custeio ou para

investimentos, diferentemente das unidades públicas; e iv) dificuldades de gestão.

Nesse cenário, o BNDES lançou, em abril de 1999, um programa para o fortalecimento financeiro e a modernização de gestão e das instalações dos hospitais filantrópicos integrantes do SUS. Esse programa apoiou, de 1999 a 2007, 133 instituições do setor, por meio da realização de 189 contratos que resultaram no valor total de R\$ 861,9 milhões.

A avaliação de uma amostra de instituições apoiadas demonstrou a importância do programa como um instrumento fundamental para o aprimoramento da capacidade operacional e gerencial desses hospitais, bem como para a melhoria de sua qualidade e eficiência, mediante recuperação física, atualização tecnológica e modernização de gestão. Em especial, foi constatado que os recursos obtidos com o programa viabilizaram uma efetiva redução do custo de capital dessas instituições e serviram de base para as mudanças necessárias em sua gestão.

A evolução dos usos dos recursos do programa na modalidade não-automática indica diminuição da participação da categoria saneamento financeiro e aumento dos investimentos na infraestrutura física, o que parece refletir casos de sucesso das instituições que realizaram operações de maior porte e retornaram ao banco para a realização de investimentos produtivos. Em relação às operações do BNDES Automático, que representam operações de menor porte, recomenda-se para o futuro o acompanhamento da evolução da carteira, a fim de monitorar a evolução das categorias de uso e a repetição de contratações por uma mesma instituição.

Nas políticas para o fortalecimento do segmento, foi identificado o compromisso do MS de apoiar o segmento por meio de investimentos na estrutura produtiva e em gestão. Todavia, os recursos obtidos para os investimentos são insuficientes em relação às metas, com destaque para a lacuna de R\$ 521 milhões da meta de investimento na modernização produtiva dessas instituições (PAC Saúde).

Nesse contexto, a ação do BNDES, de apoio ao fortalecimento e modernização das entidades filantrópicas de saúde integrantes do SUS, é fundamental para a realização da mudança estrutural por que passa o segmento, por meio do seu fortalecimento financeiro e de sua modernização de gestão e das instalações. Destaca-se que esta é uma relevante oportunidade de ampliação da atuação do BNDES, tendo em vista não só que o programa atendeu até o momento somente 133 instituições, mas também considerando o potencial de realização de investimentos em gestão

e instalações por essas instituições e de apoio ao fortalecimento financeiro das instituições não apoiadas até o momento.

Para o sucesso desse apoio ao segmento, são importantes as seguintes diretrizes: i) evidenciar o comprometimento do gestor local do SUS com o prestador de serviço; ii) estabelecer indicadores e metas de desempenho para serem utilizados pelos beneficiários das operações, de forma a acompanhar a evolução financeira, operacional, a produtividade e a efetividade dessas instituições; iii) para o financiamento do item aumento de eficiência, especificar as iniciativas com esperada agregação de valor para a instituição, incluindo ações como a capacitação de pessoal e a modernização dos instrumentos de gestão, por exemplo, a padronização de procedimentos e o desenvolvimento de sistemas de informação.

Para ampliar a efetividade do programa, um instrumento importante é a transferência de tecnologia dos “casos de sucesso”, que pode se realizar, principalmente, por meio do desenvolvimento de outros estudos sobre o assunto e sua respectiva publicação, bem como por meio da realização de seminários sobre o segmento. Nesse contexto, trata-se de uma oportunidade para o BNDES atuar como agente articulador de ações coletivas entre os diversos setores envolvidos na cadeia produtiva de saúde no Brasil, como um facilitador da integração entre essas partes, em prol do desenvolvimento da política nacional de saúde.

Referências

- AZEREDO, Beatriz & DUNCAN, Pedro Gomes (orgs.). “A experiência da área de desenvolvimento social no período 1996-2002”. *BNDES Social*, n. 7,. 2002. Disponível em: <www.bndes.gov.br/conhecimento/bndes_social/bndes_social7.pdf>.
- BRAZ, A. “A saúde no orçamento familiar”. *Conjuntura Econômica*, Rio de Janeiro, FGV, v. 60, n. 4, 2006.
- COHEN, E. & FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- COSTA, F. L. & CASTANHAR, J. C. “Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos”. *Revista Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 37 (5): 969-992, 2003. Disponível em: <www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_rap_artigos.asp?cd_edi=24>.
- ENSP/FIOCRUZ – ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. “Estudo dos prestadores hospitalares frente às práticas de regulação das operadoras de planos de saúde”. II Encontro Nacional da Rede Centros Colaboradores. Rio de Janeiro, 15 e 16 de maio, 2007. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br>.

ans.gov.br/porta1/upload/biblioteca/memoriaeventos/Prestadores%20hospitares%20frente%20às%20práticas%20de%20regulação%20das%20operadoras.ppt#46>.

GADELHA, C. A. G. Cadeia: Complexo da Saúde, Nota Técnica Final. In: “Estudos de competitividade por cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas de livre comércio”, 2002. Disponível em: <www2.desenvolvimento.gov.br/arquivo/sdp/proAcao/forCompetitividade/impZonLivComercio/52saudeCompleto.pdf>.

GITMAN, L. J. *Princípios de administração financeira*. 7ª ed. São Paulo: Harbra, 1997.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Boletim de Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise, n. 14, 2007. Disponível em: <www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/bpsociais/bps_14/saude.pdf>.

JANNUZZI, P. M. “Considerações sobre o uso, mal uso e abuso de indicadores sociais na formulação de políticas públicas municipais”. *Revista Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002. Disponível em: <www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_rap_artigos.asp?cd_edi=14>.

_____. *Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes e aplicações*. 2ª ed. Campinas: Alínea, 2003, 141 p.

_____. “Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil”. *Revista do Serviço Público*, Brasília, 56 (2):137-160, abr./jun. 2005. Disponível em: <www.enap.gov.br/index.php?option=content&task=view&id=257&Itemid=68>.

LEAL, R. M. & MATOS, J. B. “Planos de saúde no Brasil no período pós-regulação: uma análise do perfil de beneficiários e dos aspectos econômicos segundo tipo de contratação”. II Prêmio de Saúde Coletiva do IESC/UFRJ, 2008(a). Disponível em: <www.iesc.ufrj.br/cursos/semanadesaudecoletiva/result_Premio.html>.

_____. “Health costs evolution: an application in brazilian private sector of the model with price component and with quantity component”. XXVIII Jornadas de Economía de Salud. *Gaceta Sanitária*, vol. 22, supl. 2, maio de 2008(b). Disponível em: <tinyurl.com/4suv6l>.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. “Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil”. *Revista de Saúde Pública*. v. 41, n. 1, p. 116-123, fev. 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/17.pdf>

LIMA, S. M. L. et al. “Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, 2004.

MARINHO, A. *Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Ipea, 2004 (Texto para Discussão, 1041).

MARINHO, A. & FAÇANHA, L. O. F. *Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Rio de Janeiro: Ipea, 2001 (Texto para Discussão, 787). Disponível em: www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0787.pdf.

MARINHO, A. et al. *Os determinantes dos investimentos em capital fixo no sistema hospitalar brasileiro: um guia metodológico integrado com bases de dados e fontes de informações*. Rio de Janeiro: Ipea, 2003 (Texto para Discussão, 972). Disponível em: www.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_0972.pdf.

MARINHO, A. et al. *Avaliação descritiva da rede hospitalar do sistema único de saúde (SUS)*. Rio de Janeiro: Ipea, 2001 (Texto para Discussão, 848). Disponível em: www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0848.pdf.

PORTELA, Margareth Crisóstomo et al.; Barbosa, Pedro Ribeiro (coord.). "Hospitais filantrópicos no Brasil". *BNDES Social*, n. 5, 3 v., 2002. Disponível em: www.bndes.gov.br/conhecimento/resposta_tip.asp?publicacao=BNDES+Social.

SAS/MS – SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*, 2002.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Técnicas de Auditoria: Indicadores de Desempenho e Mapa de Produtos*. Brasília: TCU, Coordenadoria de Fiscalização e Controle, 2000. Disponível em: www2.tcu.gov.br/pls/portal/docs/page/tcu/controle_externo/fiscalizacao/avalicao_programas_governo/tecnicas_auditorias/indicador_desempenho_mapa_produtos.pdf.

_____. www.tcu.gov.br/PortfoliIndicadores/index.asp.

Anexo 1

Informações Solicitadas para Avaliação Quantitativa

1. Financeiro

Balanço Patrimonial (BP) e Demonstrativo de Resultados (DRE). Calcular ROE e seus componentes: ROA e alavancagem financeira (Sistema DuPont⁸). Com o BP e com o DRE, é possível avaliar os indicadores de redução de custos, que são: i) despesa financeira líquida / vendas; ii) custos dos serviços prestados / vendas; iii) índice de liquidez corrente; iv) necessidade de capital de giro.

⁸ Ver Gitman (1997).

Composição da receita segundo fonte: a) particular; b) SUS; c) convênio próprio; d) convênio de terceiros; e) doações; e f) outros.

2. Ações para aumento da eficiência.

Enumerar as iniciativas realizadas para aumento na eficiência, entre as previstas no programa.

Enumerar as iniciativas realizadas para otimização das instalações existentes, entre aquelas previstas no programa.

Enumerar outras iniciativas – distintas das previstas no programa – realizadas para redução dos custos, otimização das instalações ou aumento na eficiência.

3. Capacidade produtiva.

3.1. Quantidade de leitos de internação hospitalar, separadamente, segundo tipo de especialização:⁹ clínica cirúrgica, obstetrícia, clínica médica, cuidados prolongados (crônicos), psiquiatria, fisiologia, pediatria, reabilitação, psiquiatria – hospital / dia.

⁹ Conforme classificação do SIH/SUS, veja <tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/rxbr.def>.

3.2. Quantidade de funcionários segundo nível de formação: superior, técnico auxiliar e elementar. Para as ocupações de nível superior, informar separadamente, segundo a seguinte classificação:¹⁰ anestesista, assistente social, bioquímico / farmacêutico, cirurgião geral, clínico geral, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, obstetra, médico de família, nutricionista, odontólogo, pediatra, psicólogo, psiquiatra, radiologista, sanitário, outras especialidades médicas, outras ocupações de nível superior relacionadas à saúde.

¹⁰ Conforme classificação de ocupações da CNES – Recursos Humanos – segundo CBO 2002 – Brasil, veja <tabnet.datasus.gov.br>.

3.3. Quantidade de equipamentos existente.

4. Produção

4.1. Quantidade de internações hospitalares, separadamente, segundo tipo de especialização:¹¹ clínica cirúrgica, obstetrícia, clínica médica, cuidados prolongados (crônicos), psiquiatria, fisiologia, pediatria, reabilitação, psiquiatria – hospital / dia.

¹¹ Conforme classificação do SIH/SUS, veja <tabnet.datasus.gov.br>.

5. Produtividade

5.1. Taxa de ocupação de leitos segundo especialidade hospitalar (percentual entre o número de pacientes / dia e o número de leitos / dia no mesmo período).

5.2. Razão da quantidade de internações hospitalares sobre a quantidade de funcionários de nível superior; segundo categorias (especificar classificação).

5.3. Tempo médio de permanência (mp), segundo categorias (é a relação numérica entre o total de pacientes / dia no período e o total de doentes saídos).

5.4. Índice Intervalo de Substituição (IIS): assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro.

$$HS = \frac{\% \text{ da desocupação} \times mp}{\% \text{ ocupação}}$$

5.5. Índice de Renovação ou Giro de Rotatividade (IR / GR): é a relação entre o número de pacientes saídos (altas e óbitos) durante determinado período, no hospital, e o número de leitos postos à disposição dos pacientes, no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado.

6. Efetividade dos serviços de saúde.

6.1. Taxa de mortalidade por procedimentos médicos realizados.

6.2. Taxa de infecção hospitalar por procedimentos médicos realizados.

6.3. Taxa de óbitos maternos.